

訪問歯科診療申込書

新潟市 在宅歯科医療連携室 宛

申込日 令和 年 月 日

利用者	ふりがな			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	TEL	
	氏名					
	住所					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	歳
連絡先氏名			続柄		TEL	
介護保険	<input type="checkbox"/> 認定有	要支援	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2		
		要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 認定無					
申込者	氏名				TEL	
	住所				FAX	
	続柄	本人 ・ 同居家族 ・ 他の親族 ・ 介護関係者 ・ 病院関係者 その他 ()				
主訴		具体的に				
<input type="checkbox"/>	歯					
<input type="checkbox"/>	入れ歯					
<input type="checkbox"/>	その他					
<input type="checkbox"/>	口腔ケア希望					
希望する歯科医院					TEL	
訪問場所		自宅 ・ 施設 ・ 病院 ・ その他 ()				
自宅以外の場合		施設・病院名				
		住所			TEL	
通院できない理由						
主な病名						
担当介護支援専門員	氏名				TEL	
	所属					
特記事項						

新潟市在宅歯科医療連携室 FAX 025-244-7221

※FAX番号のお間違えのないようご注意ください